

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DACRICISTECTOMIA

FECHA:.....

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre y apellidos del paciente.....RUT:.....
Nombre y apellidos (Representante legal).....RUT:.....

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Se me ha explicado que esta intervención consiste en la extirpación del saco lagrimal para evitar la secreción infecciosa de los puntos lagrimales, una infección aguda del mismo o bien hacer una profilaxis antes de realizar una intervención de polo anterior. Conlleva el dejar lagrimeo más o menos intenso.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Se me ha explicado que la obstrucción crónica de las vías lagrimales es un impedimento al drenaje normal que sufre la lágrima, viéndose ésta obligada a gotear y caer por el párpado. También el saco lagrimal así obstruido puede sufrir infecciones crónicas que, en ocasiones, pueden llevar a la formación de un absceso con aparición de una fístula a través de la piel que cubre el saco lagrimal.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

Otras formas paliativas de tratamiento abarcan el masaje diario en el lado de la nariz donde se encuentra el saco lagrimal para evitar la infección y formación de un absceso y el tratamiento con antibióticos sistémicos cada vez que se infecte el saco. En todo caso hay que considerar que si el paciente no se opera, las infecciones del saco lagrimal serán cada vez más frecuentes e intensas, pudiendo poner en riesgo la vida. El tratamiento definitivo consiste en realizar una Dacriocistorrinostomía.

RIESGOS GENERALES Y ESPECIFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento.

- Persistencia del lagrimeo
- Hemorragias severas
- Infecciones graves
- Formación de una cicatriz antiestética

Estas tres últimas complicaciones se presentan en un porcentaje muy bajo.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS

.....
.....
.....



DECLARACION Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación, sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MEDICO

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a).
 RUT.
 Firma:

Sr(a).
 RUT.
 Firma:

NEGACION (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal:
 RUT:
 Firma:.....
 Fecha:.....

REVOCACION

REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco. / (que padece el paciente)

REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal:
 RUT:.....
 Firma:.....
 Fecha:.....

